Über familiäres und hereditäres Vorkommen der Enuresis nocturna

---

INAUGURAL-DISSERTATION

verfaßt und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Ruperto-Carola-Universität Heidelberg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

WILHELM ROEPERT

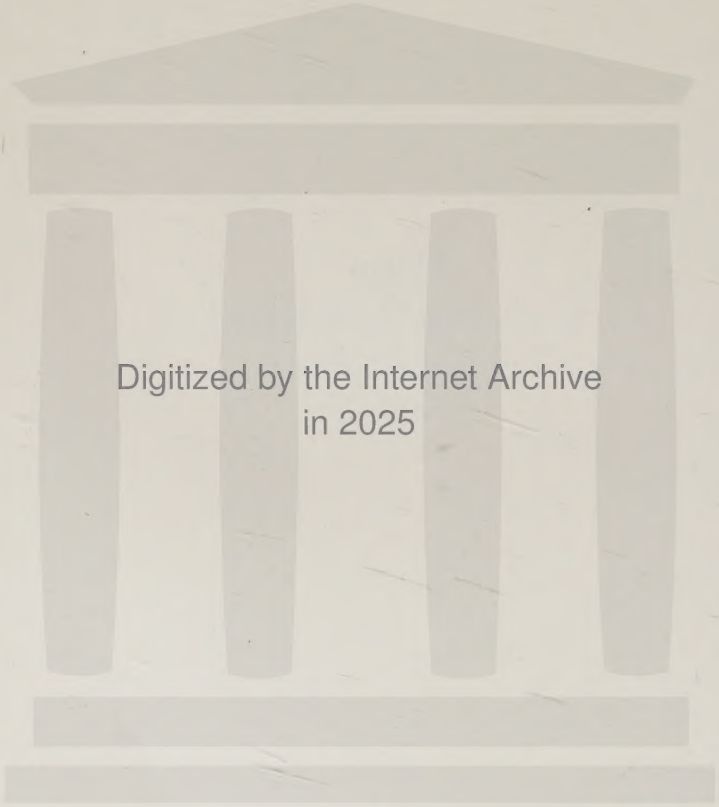
aus Dessau.

Heidelberg 1911.

Gedruckt
mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.
Referent: Herr Geh. Rat v. Krehl.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Herrn
Geh. Rat von Krehl
in Dankbarkeit
gewidmet


Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/uberfamiliaresun0000unse

Zu den an und für sich ungefährlichen und doch dem Patienten, wenn er älter wird, äußerst deprimierenden und zuweilen jeglicher Behandlung hartnäckig trotzenden Krankheiten gehört die Enuresis nocturna et diurna.

Sehen wir uns in den Lehrbüchern um, so finden wir bei Henoch (1) die Meinung, daß es sich bei der Enuresis um einen Krampf des Detrusors handle, der von irgend einem Punkte aus reflektorisch gereizt werde — durch Hypospadie, Verklebungen des Präputiums, Oxyuren, Fissuren des Mastdarms, Onanie. Bei solchen Patienten findet man oft Übererregbarkeit des Nervensystems und verändertes psychisches Wesen. Er zieht Parallelen mit den Pollutionen und spricht von Hyperästhesie des Collum vesicae.

Heubner (2) spricht von einer Entwicklungshemmung innerhalb des Nervensystems. Er rechnet die Enuresis zu den evolutionären Erkrankungen und pflichtet Pfister (3) nicht in der Auffassung bei, daß es sich um ein allgemeines Degenerationszeichen handle, sondern nur darin, daß eine Hypoplasie des Zentralnervensystems bestände.

Baginsky (4) betont die schwache Innervation des Sphinkters im Verhältnis zum Detrusor, hält eine Hyperästhesie des Blasenhalses resp. -Grundes für selten.

Strümpell (5) spricht von allgemeiner neuropathischer Belastung.

Oppenheim (6) sagt, das Leiden käme häufig auf dem Boden neuropathischer Diathese vor. Es könne sogar erblich sein, auch familiär auftreten. Er erwähnt einen 17jährigen Patienten, dessen Zwillingsbruder an derselben Störung litt. Er erblickt in der nervösen Anlage die wesentlichste Ursache der Enuresis nocturna.

Guyon (7) hält dafür, daß es sich um Herabminderung des Tonus des Sphincter vesicae handle, tritt gleichzeitig für das Vorkommen von direkter Heredität und Familiarität der Enuresis ein. Er führt mehrere Fälle an.

Neumann (8) glaubt an Erhöhung der reflektorischen Erregbarkeit des Blasenmuskels.

Trousseau, Brettoneau und Désault (8) suchen das ätiologische Moment in abnormen Verhältnissen der Blase und des Blasenhalses. Désault nimmt an, daß plötzliche und starke Kontraktionen des Detrusors, welche im Schlafe nicht zum Bewußtsein kommen, die Ursache der Enuresis seien.

Ultzmann (8) spricht von einem Mißverhältnis der Innervation des Detrusors und des Schließmuskels.

Ziem (8) beschuldigt die Kohlensäureüberladung des Blutes infolge von Mandelhypertrophie — adenoide Vegetationen.

Lawrence (8) nimmt übermäßige Harnsäurebildung an.

Janet (9) unterscheidet folgende drei Arten der Inkontinenz:

a) L'incontinence nocturne des épileptiques,

b) L'incontinence nocturne par atonie du sphincter,

c) L'incontinence de cause psychique.

Er hält die meisten Enuretiker für Pollakiuren (16) und erwähnt vereinzeltes hereditäres Auftreten der Enuresis. Ihm schließen sich im großen ganzen Frankl-Hochwart und Zuckerkandl (15) an.

Guinon (10) sagt, daß es sich um Nervosität und Degeneration handle. Nur bei nervös hereditärer Belastung trete Enuresis auf. „Le trouble est central. Le cerveau ne régit pas la mœlle."

Thiemich (11) dagegen äußert sich in seiner Arbeit dahin: „Die Enuresis nocturna sei ein Symptom der kindlichen Hysterie, die sich meist monosymptomatisch äußere; vorhandene neuropathische Disposition, das öfters später sich ereignende Einsetzen anderer hysterischer Zeichen — Astasie, Abasie, Lähmungen, Krämpfe, allgemeine unbeständige Klagen, die suggestiver Therapie schnell weichen, Enuresisepidemien in Anstalten, Erfolge unter dem Gesichtspunkt der mittelbaren Suggestion, Isolierung, Faradisation, bei nichtlokaler Applikation subkutane Injektionen, Entfernung adenoider Vegetationen, Entfernung aus der Sphäre, in der die Krankheit zum Ausbruch kam, sprechen nach ihm in diesem Sinne."

Englische Forscher, wie Hugh Thursfild (12), geben der Ansicht Ausdruck, daß es sich meist um nervöse und gleichzeitig neuropathisch belastete Kinder handle.

Ebenso spricht Perey G. Levis (12) von Schwäche der Nerven und des gesamten Organismus, ferner von einer starken Darmfäulnis, die sich hinzugeselle.

Troemner, Hamburg (13), ist außer Guyon der einzige, der in seinem Vortrage über motorische Schlafstörungen die häufige direkte Heredität der Enuresis nocturna betont. Er hat in seiner Statistik weniger Knaben als Mädchen gefunden, was nicht mit den Erfahrungen anderer Autoren (Frankel-Hochwart, Mendelssohn) übereinstimmt. Flüssigkeitszufuhr oder Entziehung hält er nicht von entscheidendem Einfluß, dagegen findet er eine Verschlimmerung der Einwirkung von Kälte oder Erkältung. Als spezifisches Heilmittel betrachtet er die Suggestion, pathogenetisch bestreitet er die epileptische oder hysterische Natur des Leidens, sowie Schwäche im Sphinkter oder Detrusor, sondern er hält zwei Ursachen für bestimmend:

1. reizbare Schwäche des sympathischen oder ev. subkortikalen Miktionszentrums (nach Bechterew, Ott, Field im vorderen Thalamuskern);

2. die funktionelle Ausschaltung des Großhirnrindeneinflusses im Schlaf.

Eine sehr lesenswerte Abhandlung hat dann noch Fürstenheim (14) veröffentlicht, in der er für die Einführung einer intensiveren Beobachtung und Therapie nach pädagogisch-psychologischen Gesichtspunkten plädiert. Er spricht über den großen Wert einer rechtzeitig einsetzenden erzieherischen Behandlung, die jedoch keineswegs eine brutale werden darf. Abnorme Schlaftiefe hält er für den Hauptfaktor bei der Enuresis nocturna, ferner handle es sich um Herabsetzung der Rindenerregbarkeit. Die Untersuchung des Nasenrachenraums sei unerläßlich, da durch die gehemmte Atmung — Adenoide — Kohlensäureüberhäufung des Blutes und damit eine abnorme Schlaftiefe geschaffen wird. Er streift die nervöse Polyurie, die er nicht erklären kann, ferner eine den Nervösen eigene Unregelmäßigkeit, zu urinieren, ev. unvollständige Blasenentleerung, und hält Rhythmisierung der Blasenfunktion bei Tage für notwendig. Er hat einen guten Einfluß von der Massage des Mastdarms, sowie einem Wechsel der Umgebung gesehen. Die Hypnose schien ihm manchmal von unangenehmer Nebenwirkung, Wachsuggestion dagegen empfehlenswert.

Einer Arbeit möchte ich noch Erwähnung tun, über deren Wert ich nicht zu urteilen vermag. Ich fand sie in der Zeitschrift „The Lancet“: „Enuresis nocturna und die Schilddrüse“ von Leonard Williams (14). In der Annahme, daß ein Zusammenhang besteht zwischen adenoiden Wucherungen und nächtlicher Inkontinenz

werden die Vegetationen häufig entfernt. Als bei einem neunjährigen Knaben nach der Operation sich die Enuresis verschlimmerte, verordnete Williams in dem Glauben, daß durch die Adenotomie gewisse Stoffe der inneren Sekretion vermindert seien, und in Anbetracht der nahen Beziehungen zwischen „Schilddrüse und Lymphdrüse“ Schilddrüsentabletten, mit 0,03 beginnend und steigend auf 0,15 dreimal täglich, und war von dem sofortigen Erfolge überrascht. Williams prüfte in weiteren 24 Fällen die Tabletten und hatte bis auf einen Fall nur zufriedenstellende Resultate, schädliche Nebenwirkungen hat er nicht gesehen. Williams hält nach seinen Erfahrungen nunmehr die adenoiden Vegetationen nicht für die Ursache der nächtlichen Inkontinenz, sondern beide haben nach seiner Ansicht eine gemeinschaftliche Ätiologie in der Insuffizienz der inneren Sekretion der Schilddrüse; die adenoiden Vegetationen werden hyperplastisch, weil die Schilddrüse zu schwach sezerniere. Der eine Mißerfolg sei durch zu große Gaben erzielt.

Ein Überblick über vorstehende Ansichten der verschiedenen Autoren, die sich eingehender mit dem Studium der Ätiologie der Enuresis beschäftigt haben, zeigt, wenn wir von Guyon, Janet und Troemner, auch Strümpell und Oppenheim absehen, daß die Meinungen derselben noch in vieler Hinsicht auseinandergehen. Im letzten Dezennium hat sich allem Anscheine nach, wie aus den neueren Lehrbüchern und Sammelwerken hervorgeht, namentlich bei den deutschen Autoren mehr und mehr die Ansicht herausgebildet, daß die meisten Fälle von Enuresis nocturna, soweit sie nicht auf organische Momente wie Rückenmarkserkrankungen, Phimosen, Adenoide usw. zurückzuführen seien, auf einer hysterischen Basis beruhen sollen, und zwar wird diese Ansicht ex juvantibus zu stützen versucht.

In der vorliegenden Arbeit soll in Übereinstimmung mit Troemner der Beweis erbracht werden, daß die neuropathische Disposition, die Heredität, und zwar die gleichartige Vererbung, eine viel größere Rolle spielt als bisher angenommen wurde.

Die folgenden Beobachtungen stammen zum Teil aus der stationären Nervenabteilung resp. der Nervenambulanz der hiesigen medizinischen Klinik, zum Teil aus der Privatpraxis des Herrn Prof. Hoffmann, der mir sie gütigerweise überließ.

Fall 1. Karl H., 16 Jahre, Landwirtssohn. Patient läßt seit seiner frühesten Kindheit nachts das Wasser ins Bett; seine Schwester leidet ebenfalls, wenn auch in geringerem Maße, daran. Auch der Vater hatte es von frühester Kindheit bis

zu 17 Jahren. Bei kalter Witterung findet sich bei beiden Kindern Verschlimmerung. Objektive Untersuchung ergibt keine Veränderung des Präputiums, Cor, Pulmones intakt. Sehnenreflexe lebhaft.

Fall 2. Leo M., 10 Jahre, Pferdehändlers Sohn, September 1910. Patient läßt von jeher den Urin unter sich gehen, sein jüngerer Bruder auch, jedoch nur zeitweise, die übrigen Geschwister nicht. Eltern haben nicht an Enuresis gelitten. Patient ist leicht aufgeregt und jähzornig, Strafen haben seinen Zustand verschlimmert.

Fall 3. Rudolf L., 13 Jahre, Lehrerssohn, 1910. Patient hatte von erster Kindheit an Bettnässen, meist nach 12 Uhr nachts. Der Vater hat bis zum 12. Lebensjahr, die Mutter bis zum 16. daran gelitten; auch haben es die Eltern mütterlicherseits gehabt. Ob die des Vaters auch, ist nicht eruierbar.

Ein Bruder der Mutter hat gleichfalls daran gelitten, ebenfalls hatte es ein Bruder des Patienten bis zum achten Lebensjahr.

Status zeigt keinerlei Besonderheiten, auch keine Phimose.

Fall 4. Magdalena K., 12 Jahre, Bahnarbeiterkind, 1910. Patientin leidet seit ihrer Geburt an Bettnässen. Ihre Schwester hatte es auch bis zum Eintritt der Menses. Desgleichen eine Tante mütterlicherseits, Eltern leiden nicht daran.

Status: Herz, Lungen gesund, am Nervensystem keine Veränderung.

Fall 5. Margarethe Sch., 16 Jahre, 1910. Patientin leidet seit ihrer ersten Jugend an Bettnässen, ihr Vater litt seit seiner Schulzeit bis zum 14. Jahre auch daran.

Status: ergibt an Herz, Lungen und Nervensystem keine Besonderheiten.

Fall 6. Elisabeth F., 10 Jahre, Postverwalterskind, Januar 1911. Ein Onkel des Kindes mütterlicherseits hat bis zum 14. Jahre an Enuresis gelitten. Eltern sind gesund, Patientin ist einziges Kind. Seit dem dritten Lebensjahre leidet sie, ohne daß damals ein psychisches Trauma stattgefunden hat, an Enuresis nocturna. Bei Tag läßt sie nicht öfters Wasser wie andere Kinder. Enuresis tritt nicht jede Nacht ein, jedoch ein- bis zweimal wöchentlich. Kind wurde nachts immer geweckt, wurde dies einmal unterlassen, sicheres Eintreten von Enuresis.

Fall 7. M. H., 15 Jahre, Kaufmannstochter, 1906. Vater litt an Enuresis nocturna bis zum 15. Lebensjahre, ebenso mehrere Geschwister des Vaters (nach mündlicher Mitteilung des letzteren). Patientin hatte im letzten Jahre (1905) allnächtlich beim Eintritt und während der Periode und während der Menses von deren Beginn an in längeren Perioden Enuresis.

Fall 8. S. B., 22 Jahre, Student, an Enuresis leidend (Briefauszug), 28. 2. 1909. Wegen des Bettnässens konnte ich viel Positives nicht erfahren, nur folgendes kann ich Ihnen mitteilen: Das Leiden kam und kommt nur bei der Verwandtschaft mütterlicherseits vor. Der Vater meiner Mutter litt an einem Blasenleiden; von den Kindern, es waren zwölf, war meine Mutter allein in ihrer Jugend bis zum 8. Jahre mit Bettnässen behaftet, jedoch ein großer Teil der Enkel, zirka 30—40%, hatten in der Jugend 12—15 Jahre damit zu schaffen. Von meinen Geschwistern, wir sind sechs, litt die Hälfte bis zur Reife ...

Fall 9. A. L., 10 Jahre, Januar 1911. Eltern gesund, Patientin vor einiger Zeit Diphtherie, sonst immer gesund, brach 1909 beim Schlittschuhlaufen ein.

Bald darauf Eintreten von Enuresis nocturna. Ein jüngerer Bruder leidet selten an Enuresis nocturna.

Ich möchte hier noch einen eigenartigen Fall von Enuresis nocturna anfügen, in dem Patient bis zu seinem zehnten Lebensjahre von erster Kindheit auf an Bettnässen litt, das dann aufhörte, jetzt bei einer anderen Erkrankung nach 24 Jahren rezidivierte.

Fall 10. Peter B., 32 Jahre, Winzer, Dezember 1910. Vater war nierenleidend, Mutter gesund, ein Bruder und ein Vetter mütterlicherseits litten während ihrer Jugend an Enuresis nocturna. Patient selbst ließ bis zum zehnten Lebensjahr von erster Kindheit an stets nachts den Urin ins Bett; dies verlor sich ganz spontan. Er war dann immer gesund, bis er vor mehreren Wochen im Anschluß an eine Gastroenteritis acuta eine Polyneuritis bekam. Seither wieder nächtliches Bettnässen, während er am Tage das Bedürfnis, Urin lassen zu müssen, regelmäßig verspürte.

Durch die Liebenswürdigkeit meines Kollegen F. erhielt ich ferner noch Kenntnis von einigen interessanten Fällen von Enuresis nocturna in der Familie L. aus A.

Fall 11. Frau K. L. war bis zur Geburt des ersten Kindes stets gesund. Angeblich durch Zangenverletzung bei dem ersten sehr schweren Partus trat nach der Geburt bei der Mutter zuerst Incontinentia vesicae auf, später kam es zur Enuresis nocturna. Der Arzt riet zu erneuter Schwangerschaft. Nach Geburt des zweiten Kindes war die Mutter von dem Übel völlig befreit; nie mehr Enuresis nocturna. Es erfolgten vier weitere Geburten.

Fall 12. A. L., jetzt 31 Jahre alt, litt bis zu seinem 14. Lebensjahre an Enuresis nocturna. Dieselbe trat wechselnd stark auf, bald jede Nacht, bald alle 3—4 Nächte.

Therapie: Äußerst strenge Erziehung, viele Versprechungen, strengste Diät, medikamentöse Behandlung.

Sämtlich ohne Wirkung. Das Leiden verlor sich spontan bei Eintritt der Pupertät.

P. L., Knabe, keine Enuresis nocturna.

M. L., Mädchen, keine Enuresis nocturna.

Fall 12a. F. L., jetzt 25 Jahre und völlig gesund, litt bis zum 14. Jahre an Enuresis nocturna. Erzieher und Arzt konnten keine Besserung des Leidens erzielen. Patient wurde sowohl hydrotherapeutisch, mit kalten Sitzbädern usw., als auch medikamentös behandelt. Man hatte den Eindruck, daß bei reichlicher Therapie das Leiden sich wesentlich verschlimmerte. Strenge Erziehung und Diät ohne Erfolg, Patient bekam von 5 Uhr ab keine Flüssigkeit mehr, leichte Nachtkost, trotzdem Enuresis nocturna. Patient war psychisch äußerst deprimiert, es fehlte ihm an gutem Willen nicht. Mit Eintritt der Pubertät verlor sich auch bei ihm das Leiden.

Fall 12b. K. L., jetzt 21 Jahre alt und gesund. Die Eltern hatten durch die vorhergehenden Fälle reichlich Erfahrungen gesammelt, und so wurde Patient als Kind nicht mit unnötiger Strenge behandelt. Patient hatte die Enuresis nocturna am stärksten, und sie verlor sich erst auf der Universität im vierten Semester

mit 19—20 Jahren. Patient. wurde 8—12 Jahre lang mit den verschiedensten Mitteln behandelt, sein Zustand verschlimmerte sich dabei doch zusehends. Besonders im Winter fast jede Nacht Enuresis nocturna. Patient wurde zum Urinieren geweckt: derselbe Erfolg, entweder war Patient schon vorher naß oder in den folgenden Stunden trat Enuresis ein. Strengste Diät und Flüssigkeitsmengenbeschränkung hatten nie deutlichen Erfolg. Patient, der sehr deprimiert war, versuchte selbst allerlei: negatives Resultat. Elektrische Behandlung in der Blasengegend, ein halbes Jahr lang fortgesetzt, brachte Verschlechterung. Eine deutliche Beziehung zu Alkohol und Nikotin ließ sich nicht konstatieren. Patient trank auf der Universität oft viel, ohne Enuresis zu bekommen. Handelte es sich jedoch um eine Situation, in der Enuresis sehr peinlich war (Reise), trat selbst bei strengster Diät Enuresis auf. Keine sexuellen Exzesse. Mit 19—20 Jahren begann Patient mäßig Sport zu treiben; langsam, scheinbar spontan, verlor sich in jener Zeit die Enuresis. Patient ist jetzt völlig befreit davon, irgend welche Genitalmißbildungen lagen bei keinem der drei Patienten vor.

Schließlich möchte ich noch einen Fall anfügen, der eigentlich nicht speziell in dieses Gebiet gehört, jedoch seiner Beziehung wegen angereiht werden darf.

Fall 13. Frau M. W., 31 Jahre, Fabrikantenfrau, 20. 10. 1908. Kongenitale und familiäre Sphinkterschwäche (Enuresis diurna). Von Kindheit auf beim Laufen, Niesen und Husten Harnabgang, jedoch nie nachts; zuweilen zwei bis vier Wochen völlig frei davon; bei kühlerem Wetter leidet sie mehr daran. Stuhl normal, keine Schwäche des Sphinkter ani. Sowohl die Mutter, wie eine Schwester leiden an dem gleichen Übel, d. h. beim Lachen usw. geht Urin ab. Patientin muß immer 2—3mal täglich die Wäsche wechseln.

Objektiver Befund: völlig negativ, nichts von Zystitis. Nervensystem normal, nichts am Orificium urethrae. Sphinkter ani kräftig. Patientin hat drei gesunde Kinder. Zuweilen nach dem Urinablassen noch Nachträufeln.

9. 1. 1909 auf Atropin 0,0005 dreimal täglich, das sie acht Wochen nahm, hatte sie bis vor acht Tagen nur noch einmal Harnabgang.

Diese Beobachtungen stammen aus den letzten Jahren, ein genügender Beweis dafür, daß in gar nicht vereinzelten Fällen die Enuresis sich gleichartig forterbt, zu welchem Schluß auch besonders Troemner auf Grund seiner Erfahrungen gelangt ist. Es ist aus naheliegenden Gründen begreiflich, daß von den Eltern oder sonstigen Angehörigen spontane Angaben nicht gemacht werden, im Gegenteil das Leiden nach Möglichkeit verheimlicht wird.

Epilepsie und Hysterie spielen keine Rolle in der Ätiologie der gewöhnlichen Enuresis nocturna. Es handelt sich um eine funktionelle Störung auf neuropathischer Grundlage, wenn auch nicht in allen Fällen.

Zum Schluß möchte ich nicht versäumen, meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Hoffmann, für gütige Überlassung der Fälle und liebenswürdige Unterstützung herzlichst zu danken.

Literatur.

1. Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 11. Aufl. 1903.
2. Heubner, Lehrbuch der Kinderheilkunde. 1906.
3. Pfister, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1905, Bd. 15.
4. Baginsky, Kinderheilkunde. 1906.
5. v. Strümpell, Spezielle Pathologie und Therapie. 16. Aufl. 1907.
6. Oppenheim, Lehrbuch für Nervenkrankheiten. 5. Aufl. 1908.
7. Guyon, Leçons cliniques sur les maladies des vois urinaires. 1896.
8. Jahrbücher für Kinderheilkunde, Bd. 5, 8, 9.
9. Janet, Les troubles psychopathiques de la miction. Thèse de Paris, 1900.
10. Guinon, Quelques troubles urinaires de l'enfance. Arch. f. Kinderheilkunde.
11. Berliner Klin. Wochenschr., 1901, Nr. 31.
12. British med. journ., Nr. 2364 von 21. 4. 1906.
13. Bericht der vierten Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte. 1910.
14. Therapeutische Monatshefte, 1908.
15. Frankl-Hochwart und Zuckerkandl, Die nervösen Erkrankungen der Blase. Bd. 19 der Nothnagelschen Pathologie.
16. Reinach, Über Pollakiurie und Enuresis im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 8.
17. Archiv für Kinderheilkunde.
18. The Lancet, 1. Mai 1909.

Lebenslauf.

Am 30. Januar 1884 wurde ich als Sohn des Fabrikbesitzers Julius Roepert zu Dessau in Anhalt geboren und erhielt in der evangelischen Taufe die Namen Karl Ernst Wilhelm Roepert.

Ich habe in Dessau zeitweise das humanistische Gymnasium besucht, bin jedoch aus Gesundheitsrücksichten zum größten Teil privatim unterrichtet worden. Aus letzterem Grunde habe ich nach mehrjährigem Aufenthalt im Gebirge und im Süden erst mit 21 Jahren, in dem Wunsche, Arzt zu werden, mein Abitur als Extraneer gemacht.

Meine Studienzeit verbrachte ich in Berlin, Tübingen und Heidelberg, auf welch letzterer Universität ich mein Physikum am Ende des fünften, mein Staatsexamen am Ende des zehnten Semesters bestand. Seit letzterem bin ich als Medizinalpraktikant in der medizinischen Klinik von Herrn Geheimrat v. Krehl zuerst auf der Nervenabteilung des Herrn Prof. Hoffmann, dann auf der Abteilung für akute Krankheiten, dem Absonderungsbau, sowie der Ambulanz tätig gewesen.

Heidelberg, im Januar 1911.

Wilhelm Roepert.